

第225回日本泌尿器科学会東海地方会

(2004年9月25日(土), 於 名古屋市医師会館)

最近経験した腎浸潤性移行上皮癌の3例: 舟橋康人, 上平 修, 磯部安朗, 木村恭祐, 佐々直人, 松浦 治 (小牧市民) 腎浸潤性移行上皮癌にて尿管全摘を行った3例を報告する。3例とも肉眼的血尿にて受診。1例目は診断確定時すでに肺転移あり。術後 MVAC 療法2コース, ITP 療法1コース施行したが6カ月で癌死。2例目はリンパ節転移(+)にて術後 MVAC 療法2コース施行し, 現在7カ月再発の徴候なく生存中。3例目は本人希望により術後化学療法施行せず。転移なく2カ月生存中である。腎浸潤性移行上皮癌は診断が困難で予後が非常に悪いと見られるため, 注意深い経過観察と, 疑わしい症例に対しては十分なインフォームドコンセントをした上での早期の手術が必要であると思われる。

腎盂平滑筋肉腫の1例: 廣瀬泰彦 (名古屋市立大) 62歳, 女性。既往歴に慢性腎炎 (ネフローゼ症候群) があつた。2003年9月に肉眼的血尿を主訴に受診し, 膀胱腫瘍を認めたため, TUR-BT を施行した。病理診断は TCC, G1, pTa であつた。経過観察中, 2004年2月に右腰痛, 肉眼的血尿出現した。右腎盂造影にて右腎杯に陰影欠損, 右尿管鏡にて広基性乳頭状腫瘍を認めた。右腎尿細胞診にて TCC G2-G3 が検出された。腎機能温存をはかり, 経尿道的右腎盂腫瘍切除術したが, 切除しきれなかったため, 右尿管全摘術施行した。病理診断は, 右腎盂平滑筋肉腫 pT3, G3, INFβ, pL+, pV+, ew- であつた。術後4カ月後に多発肺転移出現したが, 2004年9月現在, 自覚症状なく外来通院中である。

腎盂腫瘍と鑑別が困難であつた嫌色素性腎細胞癌の1例: 七浦広志 (国保坂下), 山田芳彰, 瀧 知弘, 深津英捷, 本多靖明 (愛知医大) 76歳, 男性。2004年5月31日, 肉眼的血尿にて受診。腹部超音波, CT 検査にて右腎に腫瘍を認めたため精査加療目的にて入院。血液検査にて軽度貧血を認め, IAP 値が 765 mcg/ml と上昇。尿細胞診は陰性。画像所見は右腎実質から腎盂に連続する 45×35 mm の腫瘍を認めた。DIP にて右側は造影されず, RP では膀胱内に腫瘍は認めず, 腎盂および尿管移行部に欠損像を認めた。以上より右腎盂腫瘍 T3N0M0 stage 3 を疑い, 2004年7月6日右腎摘出術および右尿管引き抜き術を施行した。摘出標本は重量 350 g, 腫瘍は 45×35×30 mm, 右腎実質から腎盂内に突出し, 腫瘍中心部に壊死巣を認めた。病理組織学的診断は, 嫌色素性腎細胞癌, pT1b, G2>G3, INFα, V(-) であつた。術後経過は良好である。

Osteoclast-like giant cell を伴った腎癌 Spindle cell carcinoma の1例: 荒瀬栄樹, 大西毅尚, 岩本陽一, 曾我倫久人, 鈴木竜一, 金原弘幸, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大), 内田克典, 白石泰造 (同第2病理) 55歳, 男性。2004年4月肉眼的血尿出現。5月にも再度認め, 近医受診。右腎腫瘍にて当科紹介された。右側腹部に腫瘍触知。WBC, CRP, ferritin, IAP 高値。CT にて右腎腫瘍 10 cm, 多発肺転移認めた。6月17日根治的右腎摘除術施行。病理所見では spindle cell carcinoma with osteoclast-like giant cell, pT3ap N0M1 G3 INFβ V+。6月29日より IFNα 600万単位を週3回, 自己注射開始した。当院の過去20年間における腎癌320症例のうち spindle cell carcinoma は11例 (全例男性, 50~78歳) で, T2N0M0 の1例と本例を除き, すべて2年以内に死亡。Osteoclast-like giant cell を伴う腫瘍は非常に稀で, KP1 (CD68) 染色にて証明される。調べた限り腎癌として世界で2番目の報告である。

胃癌精査中に偶然発見された腎オンコサイトーマの1例: 山田佳輝, 高田俊彦, 宇野雅博, 米田尚生, 藤本佳則 (大垣市民) 61歳, 男性。胃癌精査中に左腎に腫瘍を指摘され当科紹介受診。腹部 US・CT にて左腎下極に腫瘍を認めた。腫瘍は hypovascular であり, MRA で, 異常血管を認めなかった。レノグラムは, 腎機能は左右とも異常認めず, 胃癌に合併した左腎細胞癌が疑われた。2002年11月1日に胃全摘術と同時に根治的左腎摘除術を行った。摘出標本では, 左腎下極に長径 6 cm の腫瘍を認めた。剖面では, 黄褐色調を示した。病理診断は, 腎オンコサイトーマ。外来にて経過観察中であるが, 再発・転移を認めていない。胃癌精査中に偶然発見された腎オン

コサイトーマの1例を経験した。

左腎静脈内に腫瘍塞栓を合併した腎血管筋脂肪腫の1例: 中根慶太, 加藤 卓, 水谷晃輔, 横井黎明, 江原英俊, 伊藤慎一, 石原哲, 出口 隆 (岐阜大) 71歳, 女性。上腹部痛の精査で腹部造影 CT 施行したところ, 腫瘍は造影効果に乏しく, 脂肪と等吸収で石灰化を認めず, 左腎実質内および左腎静脈内から下大静脈流入部まで存在した。腫瘍塞栓を合併した左腎血管筋脂肪腫と診断し, 肋骨弓下横切開による左腎摘除術を施行した。腫瘍塞栓と静脈壁との間に癒着は認めず, 腫瘍塞栓を含め左腎を摘除することが可能であつた。腎実質内の腫瘍は左腎の上極に存在し, 直径は 10 mm, 腫瘍塞栓の長さは 50 mm であつた。文献上, 腎血管筋脂肪腫は稀に大血管内に進展することが報告されている。本邦では検索しえた限り自験例を含め14例であり, 全例女性で, 右側に多いとされている。治療は腫瘍塞栓による合併症の危険性を考慮し, 腎摘除および腫瘍塞栓摘除を施行することが多い。

腎血管筋脂肪腫の自然破裂の1例: 春日井 震, 吉野 能, 小松智徳, 吉川羊子, 山本徳則, 小野佳成 (名古屋大) 63歳, 女性。高血圧の既往歴あり, 結節性硬化症の合併なし。2004年5月24日, 突然右の腰背部痛を発症し救急外来受診。受診時血圧は 162/92 mm/Hg であつたが, 105/73 mm/Hg に低下したため腹部造影 CT を施行し, 右腎血管筋脂肪腫の自然破裂と診断した。腫瘍サイズは, 6.0×5.1×4.2 cm, 部位は右腎下極であつた。来院1時間半後 (発症7時間後) に右大腿動脈より, スポンジジェル, マイクロコイルを用いて, 経動脈的選択的塞栓術を施行し止血。濃厚赤血球を4単位輸血。術後右胸水を認めたが, 胸腔穿刺後消失。塞栓術後のクリアチニンクリアランスは 104 ml/min であつた。第11術後日に退院。3カ月後に腫瘍は発症の28%まで縮小, 患側の腎機能低下や再発はなく塞栓術のみで経過観察している。若干の文献的考察を加えて報告した。

腎動脈瘤自然破裂の1例: 飛梅 基, 松原広幸, 中村小源太, 青木重之, 瀧 知弘, 山田芳彰, 本多靖明 (愛知医大) 2004年5月24日, 左腰背部痛にて救急外来受診。尿管結石の疼痛発作と診断され, 鎮痛剤にて疼痛改善後に帰宅。15時間後より再び疼痛が出現し当科受診。カラドップラーエコーより腎動脈瘤を疑い腹部 CT 施行。左腎門部に腎動脈とつながる, 直径 4 cm で辺縁に石灰化を伴う円形の腫瘍を認めた。同部から腎周脂肪にかけて, 出血と思われる不整な高濃度領域をみとめた。以上より左腎動脈自然破裂と診断し緊急入院。輸血による貧血・血圧コントロール後同日, 緊急 TAE を施行した。左腎動脈の下行枝に直径 4 cm 位の囊状の動脈瘤を認め, 経動脈的にコイル塞栓をした。塞栓後の腹部 CT では, 瘤内に造影剤の注入は認めなかった。現在, 再破裂・腎機能の悪化もなく経過観察中である。

傍腎盂嚢胞による急性腎不全を発症した単腎患者の1例: 石田健一郎, 柚原一哉, 蟹本雄右 (掛川市立総合) 症例は79歳, 女性。既往歴として2000年10月に右腎細胞癌のため右腎摘除術を施行された。以後補助療法を行わず外来通院していた。約3年後左腰背部痛, 無尿を訴えた。超音波検査, CT スキャンにて左水腎症, 傍腎盂嚢胞を認めたがその他尿路の閉塞となる疾患を認めなかったため単腎患者に発症した傍腎盂嚢胞による腎後性腎不全と考えた。一時的閉塞解除のため尿管カテーテルを留置し, 腎機能の改善を確認後, 経皮的腎嚢胞穿刺を施行した。以後再発を認めず経過良好である。われわれの調べた限り傍腎盂嚢胞による急性腎不全の報告は自験例を含め3例認めた。

急性局所性細菌性腎炎の1例: 水野秀紀, 成瀬克也, 細井郁芳, 青田泰博 (名古屋医療セ) 70歳, 男性。既往歴は前立腺癌, 糖尿病。2004年4月1日, 左腰背部痛にて当科受診。KUB にて石灰化あり。4月5日, DIP 施行, 左腎盂腎杯は描出されず, 左 U1 に 4×7 mm の尿管結石を認めた。同日, 発熱, 意識障害を主訴に当院受診, 緊急入院となった。入院時の腹部造影 CT では, 左腎上極に境界不明瞭, 内部不均一の低濃度域を認め, 腎盂の拡張も認めた。軽度の腎機能障害および炎症反応を認め, 尿培養にて providencia rettgeri を同定。臨

床所見、画像所見より急性局所性細菌性腎炎と診断。ドレナージ目的で左尿管にD-Jカテーテルを留置し、抗生剤の投与を開始した。第6病日には症状の改善を認めた。4月15日の腹部造影CTでは、左腎臓の低濃度域は消失。5カ月経過した現在、再発の兆候はない。

PETにより発見された前立腺癌の1例：原田雅樹、永田仁夫、大塚篤史、新保 育、鶴 信雄、高山達也、古瀬 洋、麦谷莊一、牛山知己、鈴木和雄、大園誠一郎（浜松医大） 症例は59歳、男性。検診で行われたFDG-PET、MRIで前立腺左葉の異常集積およびPSA 22.8 ng/mlを認めたため当科紹介初診。前立腺生検施行し前立腺癌（T3aN0M0、低分化型腺癌、グリソンスコア 5+4=9）と診断、MAB療法を開始した。PET検診ではMRI腫瘍マーカーなどを併用し悪性腫瘍の全身スクリーニングに優れているが前立腺癌での有用性は低いとされる。FDG-PETでは細胞内糖代謝の亢進した組織で集積を認めるとされ、本症例ではグリソンスコア高値、PSA高値といった細胞の悪性度がPETでの集積と関連しているのではないかと考えられた。

前立腺粘液癌の1例：坂田裕子、佐谷博之、日置琢一（鈴鹿中央総合）、村田哲也、後藤朋子（同中央検査科病理） 65歳、男性。肉眼的血尿を主訴に近医を受診した際、PSA 51.6 ng/mlと高値にて2002年2月、当科に紹介受診した。2月19日経直腸的前立腺生検を行い、前立腺粘液癌と診断した。臨床病期 T3aN0M0、stage C1の診断で同年3月よりLH-RH agonist単独投与によるneoadjuvant therapyを3カ月施行後、同年7月10日、根治的前立腺全摘術を行った。病理学的病期はpT3bpN0M0、stage C2であった。前立腺粘液癌は稀な疾患であり、前立腺癌全体の0.4%を占めるとされる。通常の前立腺癌と比較して内分分泌療法や放射線療法に対する反応性が低く、予後はやや不良であると報告されているが、本症例では術後2年経過した現在、PSA値は0.01 ng/mlであり、再発は認めない。

前立腺原発小細胞癌の1例：木村 亨、藤田高史、平野篤志、初瀬勝朗、辻 克和、絹川常郎（社保中京） 77歳、男性。前立腺肥大症で近医通院中に血尿が出現。前立腺の著明な増大傾向を指摘され、経直腸的前立腺針生検を施行。前立腺原発小細胞癌と診断された。当院入院時、NSE 660 ng/mlと著明な高値を示したが、ProGRP 34.7 pg/ml、PSA 1.1 ng/mlといずれも正常値であった。入院後のCTとMRIで肺転移と骨転移を認めたため、手術適応はないものと判断。両側水腎症により腎機能低下をきたしていた上、入院後にDIC発症し全身状態不良であったが、CBDCA 300 mg/m²をDAY 1に、VP-16 70 mg/m²をDAY 1-3に投与する全身化学療法を3コース行った。重度の骨髄抑制とMRSA敗血症をきたしたが、治療により全身状態は回復し、画像所見および腫瘍マーカーでCRが得られた。

前立腺小細胞癌に対し塩酸イリノテカン（CPT-11）+カルボプラチン（CBDCA）療法を施行した1例：市野 学、樋口 徹（藤田保衛大坂文種報徳會）、白木良一、星長清隆（藤田保衛大） 67歳、男性。尿閉のため当科受診。前立腺は鷲卵大で、硬結なし。初診時PSA 2.4 ng/mlのため前立腺肥大症と診断し、2003年6月19日にTUR-Pを施行。ほぼすべての切片に低分化型腺癌を伴う小細胞癌を認めた。クロモグラニン、NSE染色にて陽性。臨床病期はT3a、NO、M0であった。MAB、V-P療法施行するも無効のためCPT-11（80 mg）とCBDCA（300 mg）を投与した。I-P療法の1カ月後の効果判定は前立腺原発癌がNC、転移癌がNC、腫瘍マーカーがPSA（22.0→3.7）ng/ml（83%減少）、NSE（67.0→8.6）ng/ml（87%減少）でPR、総合的にはNCであったが、疼痛は軽減し、モルヒネの使用量の減量が可能であった。前立腺小細胞癌の予後はきわめて不良であるが、腫瘍マーカーの低下とQOLの改善を認めた。

前立腺肥大症診療ガイドラインのコンプライアンス（認知・利用度）に関する調査：後藤百万、松川宜久、加藤真史、吉川羊子、小野佳成（名古屋大）、大島伸一（国立長寿） 東海地区の泌尿器科医（泌尿）647名、非泌尿492名の計1,139名にガイドラインに関するアンケート調査を行った。回収率42.3%で、431例（勤務泌尿187、開業泌尿71、勤務非泌尿48、開業非泌尿125）について比較した。ガイドライン認知度は勤務泌尿で84%、開業泌尿で71.8%と高率であったが、非泌尿では勤務、開業とも6.3、9.7%と低率であった。泌尿におけるガイドラインで推奨される検査施行率はおおむね高率であった。泌

尿についてはガイドラインが浸透し、前立腺肥大症の診療標準化に貢献しつつあることが示唆されたが、非泌尿における認知度は低く、非泌尿に対するガイドラインの啓蒙、コンプライアンスの拡大が今後の課題と考えられた。

膀胱鏡検査後に生じた前立腺膿瘍の1例：平林 淳、松浦 浩、栃木宏水（三重県立総合医療セ） 73歳、男性。2004年4月28日膀胱鏡フォローのための膀胱鏡検査後より高熱、排尿時痛あり、近医にて抗生剤の点滴投与を施行も改善なく当科紹介受診。精査の結果、TRUSにて右葉外側に低吸収域を認め、またMRIにて前立腺の腫大、右葉を中心に辺縁が厚く造影されるcystic lesionを多数認めた。以上より前立腺膿瘍（尿培養にて緑膿菌同定）と診断。2004年5月25日硬膜外麻酔下にTRUS下TURドレナージを施行した。術後発熱、排尿時痛は速やかに改善した。前立腺膿瘍は比較的稀な疾患で文献上膀胱鏡検査後に生じた報告は本例が初めてでTRUS下TURドレナージを施行したのは本邦2例目であった。

魚骨が原因と思われた尿管膿瘍の1例：成山泰道、小島祥敬、早瀬麻沙、池上要介、金子朋功、丸山哲史、佐々木昌一、林 祐太郎、郡 健二郎（名古屋大） 患者は64歳、女性。下腹部痛にて近医受診。CT、MRI、膀胱鏡検査にて尿管膿瘍を認めたため当院紹介となる。2004年2月尿管全摘除術施行。病理結果は尿管膿瘍で、内部から魚骨が発見された。

胃癌術後6年目に再発し続発性後腹膜線維化症による左尿管狭窄をきたした1例：河原貴史、小林 恭、光森健二（浜松労災）、菊山正隆（同消化器内科）、井出良浩（同病理） 61歳、男性。進行胃癌に対して1996年5月に胃全摘除術施行。病理診断は中～低分化型腺癌Borrmann 4型 stage 3aであったが、以後再発は認めていなかった。2002年4月左腰背部痛を出現。画像検査では、左腎盂尿管移行部の下方約4 cmにわたり尿管狭窄と水腎症を認めたが、尿管内外に腫瘍性病変を認めず尿管鏡下生検・洗浄細胞診でも悪性所見は認めなかった。確定診断および剥離術目的の後腹膜鏡上、尿管は硬く、周囲組織と強く癒着していた。周囲組織の生検で低分化腺癌を認め、胃癌の後腹膜再発、続発性後腹膜線維化症と診断した。胃癌の5年目以降の再発は稀ではあるが、長期経過後に再発し水腎症の原因となる可能性が示唆された。

ステロイド療法が奏効した後腹膜線維化症の2例：増田健人、廣田英二、矢田康文、小島宗門（名古屋泌尿器科）、早瀬嘉正（丸善ベルクリニック） 65歳、男性。主訴は左下腹部痛。両側水腎・腎不全にて紹介受診。入院後直ちに左尿管ステントを留置し、急性腎不全を離脱。消化管検査も含め精査の後、後腹膜線維化症と診断。プレドニゾン 20 mgの投与を開始。CTにて後腹膜腔部陰影の縮小を認め、CRP（3+）、赤沈（1 h）117 mm からCRP（-）、赤沈 15 mmと炎症所見の改善も認めた。尿管カテーテル抜去、約1年間5 mgの維持量投与を中止した後も水腎を認めていない。70歳、男性。下腿浮腫にて近医受診。後腹膜線維化症による下大静脈狭窄と診断され、血管内ステント留置を受けた。右水腎にて当院紹介受診。プレドニゾン 20 mgの投与を開始。CTおよび血液検査上改善を認めた。約1年間5 mgの維持量投与を中止した後も水腎を認めていない。急性期におけるステロイド療法の有用性が確認された。

左尿管に発生した縫合糸結石の1例：亀井信吾、土屋邦洋、谷口光宏、竹内敏視、酒井俊介（県立岐阜） 47歳、男性。1985年頃に左尿管切石の既往歴あり。左背部痛を主訴に前医受診し、左尿管結石の診断で2003年11月当科紹介となる。結石は左U2に14×9 mm、12×11 mm、5×4 mmの計3個認め、DIPにて左腎はネフログラムのみ描出された。左尿管ステント留置の後、3度のESWLを行ったが、破碎効果が認められず、2003年12月にTULを行った。碎石の途中、手前の結石よりポリプロピレンの縫合糸を発見し、これを鉗子にて除去した。尿路の縫合に吸収糸を用いることは、泌尿器科医としては当然であるが、一般外科医による尿路手術や、人為的な糸の取り間違いなどには十分注意が必要と思われた。われわれの調べた限りで、縫合糸による結石は本邦でこれまで18例の報告があるが、当院でも本症例は4例目の縫合糸結石であり、さらに多数の症例が潜在しているものと思われた。

酸性尿酸アンモニウム結石の1例：金本一洋，浜本周造，飯塚敦彦，加藤 誠，阪上 洋（安城更生） 34歳，男性。既往歴は糖尿病，高脂血症，脂肪肝，異型狭心症と腰椎椎間板ヘルニアの手術。家族歴は糖尿病。左腰部痛と頻尿および残尿感にて2004年3月25日当院受診。尿沈渣にて膿尿は認めず，IVUにて左膀胱尿管移行部に12×10mmの淡い結石陰影を認めた。後日自排石し，分析結果は酸性尿酸アンモニウム98%以上であった。血清と尿中の尿酸値はともに高値であったが，その他の異常所見は認めず。本邦における酸性尿酸アンモニウム結石の症例は，やせた若年女性に多く，既往歴も神経性食思不振症や過剰なダイエットがほとんどである。われわれの症例では初診時の体重が87kgであったが，7～8年前に1週間で18kgも減量した過剰なダイエットの既往があった。結石はその時に生成されたものと考えるが，再発予防としてダイエットを抑制するわけにもいかず，非常に困っている。

腎後性腎不全を引き起こした巨大膀胱結石の1例：神谷浩行，山田泰之（厚生連海南） 58歳，男性。以前より頻尿あるも放置。2004年6月初め頃より下肢の浮腫，食欲低下および全身倦怠感あり，6月24日，呼吸困難となり来院。CTにて胸水，両側の水腎症および巨大な膀胱結石を認めた。結石のサイズは95×85×85mm。BUN/Cr=50.9/3.91，K=5.9。腎瘻を留置し，腎不全，浮腫を改善した後，膀胱切石術を施行した。膀胱壁の肥厚，周囲との癒着が強く，一塊での摘出ができず開放した創よりリソクラストを用いて砕石後，摘出した。結石内部よりワイヤーを認め，結石成分はリン酸カルシウム53%，炭酸カルシウム47%，重量は370gであった。ワイヤーは約40年前に挿入されていた。

経尿道的に摘出した巨大膀胱尿道結石の1例：早瀬麻沙，岡村武彦，梅本幸裕（名城） 87歳，女性。脳梗塞後遺症にて特別養護老人ホーム入所中，膀胱結石指摘されるも家族希望で手術せず経過観察。2003年12月下旬腹痛出現，KUB上75×55mmの膀胱結石が尿道に嵌頓し当院紹介。受診時，外尿道口より結石の一部が露出していた。当初は膀胱内に押し戻し砕石術を行う予定で緊急手術となった。砕石位にて手動的には摘出または膀胱内への再挿入は不可能と思われたが，整形外科用の骨把持鉗子を用いたところ，抵抗なく摘出できた。外尿道口に裂傷のないことを確認し手術を終了。結石は75×50×45mm，成分はリン酸マグネシウムアンモニウムであり，破碎せずに原形のまま摘出された膀胱尿道結石としては文献上最大であった。長期間の尿道への結石の嵌頓および無抑制収縮による周囲からの尿の流出などにより尿道が徐々に拡張したものとされた。

自傷行為により精巣を摘除して受診した陰嚢損傷の1例：服部毅之，伊藤 博，河合 隆（一宮市民） 患者は24歳男性で自傷行為により左精巣を摘除し，右精巣の摘除を試みるもうまくいかないと，3日目に当院泌尿器科受診した。初診時左精巣はなく，左精索はビニールテープで結紮されていた。また右精巣は創から飛び出していた。脊椎麻酔下に左精索を再結紮し，右精巣を還納し閉創する手術を施行した。経過は良好で術後7日目に退院となった。術後精神科にコンサルトし，統合失調症が最も疑われた。自己去勢は一般に精神疾患が基盤にあるといわれ本邦では本症例を含め5例の報告がある。そのうち4例は統合失調症と診断され，1例は性同一性障害と診断された。自己去勢は統合失調症の初期症状の1つであるという報告もあり，今後厳重な経過観察が必要である。

腹膜透析導入後に交通性陰嚢水腫を発生した1例：近藤厚哉，岡本典子，田中 晃，津村芳雄（刈谷総合） 47歳，男性。IgA腎症による慢性腎不全のため腹膜透析を導入した。腹膜透析導入後37日目に右陰嚢腫脹が出現した。排液量が注液量を下回るために腹膜透析を断念し，血液透析に移行した。その後，陰嚢の浮腫は徐々に改善した。透析液の漏出部位を同定するため，透析液1,500mlに非イオン性造影剤100mlを混合したものを腹腔内に注入して伏臥位でCTを撮影した。右ソケイ管への造影剤の流入を認め，腹膜鞘状突起の閉存が証明された。右ソケイ部を切開して，腹腔と交通する肥厚した腹膜鞘状突起を結紮切断了。術後腹膜透析を再開したが，陰嚢の腫脹は見られず透析液の注排液も良好であった。診断にはCT peritoneoscrotogram（腹腔内造影CT）が有用であり，外科的治療によって腹膜透析の継続

が可能となった。

多嚢胞性陰嚢水腫が自壊した1例：宇佐美雅之，永田大介，河合憲康，安藤 裕（名古屋市立東），田貫浩之（たつらクリニック） 症例は54歳，男性。主訴は両側陰嚢内容腫大。2004年3月22日，当科を初診。右陰嚢超音波，MRIにて右多嚢胞性陰嚢水腫と診断。4月21日，陰嚢皮膚が自壊し，入院。自壊部を切開，排膿。セフトラジム2g/dayにて抗生剤投与を開始した。炎症所見は改善を認めるも，陰嚢皮膚自壊部からの膿の流出は続き，4月27日右陰嚢内膿瘍掻爬術を施行。右精巣周囲に隔壁を有する水腫腫が存在し，炎症により，完全に壊死，自壊していた。右精巣を含め壊死組織をすべて摘出。右はヘルニア嚢が存在しており，根治術を施行した。5月25日に創再縫合術を施行。6月2日に抜糸し，以後感染徴候，水腫の再発など認めていない。

穿刺を繰り返す陰嚢水腫に合併した悪性中皮腫の1例：坂元宏匡，井上幸治，西尾恭規（静岡県立総合） 61歳，男性。主訴は左陰嚢腫大，多発性皮下硬結。アスベスト暴露歴なし。10年前より近医にて左陰嚢水腫の診断のもと4カ月毎の穿刺を繰り返す。2004年4月上記主訴にて当科初診，穿刺吸引細胞診class2。5月6日左陰嚢水腫根治術予定するが，精巣鞘膜の肥厚認め，本人と相談の上左精巣，皮下硬結摘除術施行。病理組織診では免疫染色にてkeratin(+)，calretinin(+)，悪性中皮腫の診断であり，皮下，精索への浸潤認め。胸腹部CT上，胸膜，腹膜の肥厚認めず，残存精索と皮下硬結の追加切除と局所への放射線照射施行。術後4カ月再発転移認めていない。精巣鞘膜由来の悪性中皮腫はきわめて稀であり，予後も不良である。治療としては外科的切除が第1選択である。壁の肥厚や皮下硬結を認める陰嚢水腫では悪性中皮腫を念頭におく必要がある。

若年者に発症した浸潤性膀胱小細胞癌の1例：加藤康人，長谷川嘉弘，脇田利明，林 宣男（愛知県がんセンター），堀尾芳嗣（同呼吸器内科），坂田裕子（鈴鹿中央総合） 29歳，女性。肉眼的血尿を主訴に近医受診。膀胱鏡を施行したところ，膀胱腫瘍を指摘され当院紹介受診となる。膀胱鏡上右側壁に15mm大の非乳頭状広基性腫瘍認め，生検を行ったところ，TCC，G2であった。CT，MRI上壁外浸潤認め，2005年9月9日，膀胱全摘術，子宮合併切除術および回腸新膀胱造設術を施行。術後病理診断は小細胞未分化癌（pT2b，pN0）であったため，後療法として，現在日本において肺小細胞癌の標準治療となっているIP療法（イリノテカン，シスプラチン）を4コース行った。術後1年を経過した現在再発を認めていない。今後肺小細胞癌と同様に，膀胱小細胞癌に対してもIP療法の治療効果が期待される。

膀胱全摘15年後に尿道再発を認めた膀胱腫瘍の1例：彦坂和信，白木良一，森川高光，石瀬仁司，桑原勝孝，佐々木ひと美，宮川真三郎，日下 守，石川清隆（藤田保衛大） 78歳，男性。主訴，尿道出血。15年前膀胱癌に対し膀胱全摘および回腸導管造設術を施行。2004年3月4日，尿道からの出血を数回認め，当科を受診。尿道造影で尿道振子部に欠損像を認め，尿道鏡でも同部位に径5mm大の乳頭状広基性腫瘍を数個認めた。2004年4月1日経陰陰的尿道全摘術を施行。病理診断はTCC，G2，pT1y(-)，v(-)であった。術後6カ月再発を認めていない。一般的に膀胱全摘後の尿道再発は4～10%で，再発までのintervalはほとんどが5年以内と言われている。術後10年以上経過した膀胱腫瘍の尿道再発の報告は自験例も含め3例であった。膀胱全摘後15年後に尿道再発を認めた膀胱腫瘍の1例を報告した。

診断に苦慮した尿道腺癌の1例：西島誠聡，速水慎介，玉城吉得，鈴木 誠，太田信隆（焼津市立総合） 症例は47歳，女性。2003年8月，肉眼的血尿を主訴に他院を受診。他院にての入院精査の結果，子宮頸癌・膀胱浸潤・両側水腎症と診断された。この時血清Cr値が4.88と腎後性腎不全を呈していたため右側に腎瘻を造設。その後当院での加療を希望し当科紹介受診となった。2003年10月精査・加療目的に当科入院後，膀胱鏡施行。尿道に腫瘍が存在し膀胱三角部まで腫瘍で浸潤されているのが判明，また生検組織から腺癌が疑われた。また骨盤部MRIより子宮の構造が保たれていることから，尿道腺癌・子宮頸部浸潤・骨盤部リンパ節転移の診断に至った。化学療法を開始するも全身状態が悪化，2003年11月20日死亡した。